# MÉTODOS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL

Hay una amplia gama de métodos y medidas para usarse en la evaluación conductual. Tales métodos y medidas se emplean, en la práctica, en un amplio rango de edades, que va de niños a adultos, y se usan para examinar diferentes áreas de funcionamiento (por ejemplo, desempeño en el salón de clases, comunicación matrimonial, psicopatología, habilidades sociales, funcionamiento psicofisiológico; Bellack y Hersen, 1998; Craighead, Craighead, Kazdin y Mahoney, 1994). La información de la evaluación se obtiene de diferentes fuentes, incluyendo las observaciones realizadas por los clínicos u otros observadores entrenados, los reportes de los clientes y las calificaciones dadas por otras personas significativas (por ejemplo, los padres, cónyuges, maestros). También se obtiene información acerca de la conducta en diferentes escenarios (el hogar, la escuela, el trabajo, la comunidad, entre otros). Sin embargo, independientemente del método o medición específica utilizada, o del área particular de funcionamiento evaluado, una característica distintiva de este enfoque es la importancia que le da a las muestras de conductas (o cogniciones o fisiología) que ocurren en situaciones específicas. En las siguientes secciones se describirán tres grandes clases de métodos de evaluación: entrevista conductual, observación conductual e inventarios de auto reporte.

#### ENTREVISTA CONDUCTUAL

En contraste con muchas formas de entrevista en la psicología clínica, la entrevista conductual se utiliza para obtener información que ayude a formular un análisis funcional de la conducta (Haynes y O'Brien, 2000). Esto significa que la entrevista conductual se concentra en la descripción y la comprensión de las relaciones entre antecedentes, conductas y consecuencias. Las entrevistas conductuales tienden a ser más directivas que

las entrevistas no conductuales, permitiendo al entrevistador obtener descripciones detalladas de las conductas anormales y del ambiente actual del paciente. Kratochwill (1985) sugiere que las entrevistas conductuales siguen un formato de solución de problemas de cuatro pasos:

- 1. Identificación del problema. En esta etapa se identifica y explora un problema específico y se seleccionan procedimientos para medir conductas objetivo.
- 2. Análisis del problema. En este paso se efectúa un análisis conducido mediante la evaluación de los recursos del cliente y de los contextos en los cuales es probable que ocurra la conducta.
- 3. Planeación de la evaluación. En este paso el clínico y el cliente establecen el plan de evaluación que será puesto en práctica, incluyendo los procedimientos necesarios que recogerán datos relevantes a la evaluación y la intervención.
- 4. Evaluación del tratamiento. Es la etapa en la cual se bosquejan estrategias para evaluar el éxito del tratamiento, incluyendo procedimientos previos y posteriores a la evaluación.

De esta forma, la entrevista conductual se concentra tanto en la obtención de información dentro de la sesión de entrevista como en la elaboración de planes con los cuales se recopilará la información sobre la conducta fuera de la entrevista, en el ambiente donde la conducta ocurre de manera natural. Una razón importante por la cual las entrevistas conductuales son más directivas que la mayoría de los otros tipos de entrevistas es que los clientes a menudo describen sus dificultades en términos de rasgos; es decir, hablan de sentirse "ansiosos" o "deprimidos" o "enojados". Por ello, el clínico conductual debe

trabajar con el cliente para traducir esos términos generales en conductas más específicas y observables. Por ejemplo, "sentirse ansioso" puede significar respirar con rapidez, sudar profusamente, experimentar un incremento en el ritmo cardiaco, tener cogniciones acerca de peligro y amenaza y evitar cierto tipo de situaciones.

En el siguiente ejemplo el entrevistador ayuda a cuantificar las dificultades de un cliente en términos conductuales.

Entrevistador: Parece que tiene dificultades en varias áreas, pero sus conflictos con su compañero de cuarto son los más problemáticos ahora.

Cliente: Sí, es desconsiderado y no puedo estar cerca de él.

Entrevistador: Me gustaría hacer algunas preguntas acerca de lo que sucede cuando usted está más molesto. ¿Puede elegir una situación molesta en particular y decirme cómo se sintió en ese momento?

Cliente: Realmente me molestó cuando llegué la otra noche y quería ir a dormir. Él no apagaba la televisión y yo no podía dormir por la luz y el ruido. Entrevistador: ¿Qué tan enojado estaba usted?

¿Puede calificar del 1 al 10, donde 10 es lo más enojado que ha estado nunca? Cliente: Creo que alrededor de 6. ¿Qué importa eso?

Entrevistador: Bien, me pregunto si también sintió algo más, como tensión, nerviosismo, ansiedad, aprensión. Y de ser así, ¿cuánto?

*Cliente:* También estaba tenso. Creo que alrededor de 6. En realidad no hablamos mucho salvo acerca de la televisión y de cosas superficiales sobre la escuela.

Entrevistador: ¿Cuándo se sintió más enojado y también más tenso? Por ejemplo, ¿cuando se encaminaba a la recámara? ¿Antes? ¿Después de que él no apagaba la televisión?

Cliente: Me puse tenso cuando entraba a la recámara, pensando lo pesado que era la situación con este compañero, y luego cuando él se quedó viendo la televisión yo estaba tan enojado que no podía dormir. (Adaptado de Sarwer y Sayers, 1998, p. 70.)

Este ejemplo muestra con claridad cómo el cliente y el terapeuta trabajarán juntos en el propósito de describir y entender las conductas problema, dónde y cuándo ocurren y el impacto que tienen en las relaciones del cliente. La información obtenida en una entrevista conductual debería ayudar al clínico tanto a formular hipótesis acerca de qué conductas específicas o factores contextuales establecer como objetivo en una intervención así como a desarrollar otros planes para procedimientos adicionales de evaluación conductual, como la observación directa o el auto-monitoreo.

Un excelente ejemplo de entrevista conductual se encuentra en el trabajo del psicólogo Russell Barkley y sus colegas, quienes han diseñado protocolos extensivos de entrevista que se utilizan en la evaluación conductual del trastorno por déficit de atención/hiperactividad o ADHD (por ejemplo, Barkley, 1998; Barkley y Murphy, 1998). Una parte de la entrevista genera información sobre la naturaleza de interacciones específicas entre los padres y el niño que están relacionadas con las conductas desafiantes y oposicionales del niño que a menudo se asocian con el ADHD. El entrevistador revisa una serie de situaciones que son fuentes frecuentes de problemas entre los niños y los padres y solicita información detallada acerca de aquellas situaciones que son particularmente problemáticas (véase tabla 10.1). Por ejemplo, los padres pueden reportar que su hijo hace berrinches durante los cuales llora, gime, grita, golpea y da patadas.

#### **TABLA 10.1**

Formato de entrevista con los padres para evaluar los problemas de conducta de un niño en el hogar y en público

# Situaciones que deben analizarse con los padres General: interacciones globales Jugar solo

Jugar con otros niños

Horas de comidas

Vestirse en la mañana

Cuando se lava y se baña

Cuando el padre está al teléfono Mientras se ve la televisión

Cuando hay visitas en la casa Mientras se visita la casa de otros En lugares públicos (supermercados, centros comercia- les, iglesia, etc.) Mientras la madre está ocupada con las tareas o actividades de la casa Cuando el padre está en casa

Cuando se pide al niño que colabore con tareas domésticas

A la hora de dormir

En otras situaciones

# Si hay un problema, preguntas de seguimiento que deben plantearse

- 1. ¿Es ésta un área problemática? Si es así, entonces proceda con las preguntas 2-9.
- 2. ¿Qué hace su hijo en esta situación que lo moleste?
- 3. ¿Cuál es su probable respuesta?
- 4. ¿Qué hará su hijo en respuesta?
- 5. Si el problema continúa, ¿qué hará usted a continuación?
- 6. ¿Cuál suele ser el resultado de esta situación?
- 7. ¿Con cuánta frecuencia ocurren esos problemas en esta situación?
- 8. ¿Cómo se siente acerca de esos problemas?
- 9. En una escala de 1 a 9 (1 = no hay problema; 9 = problema grave), ¿qué tan grave es este problema para usted?

Nota: Tomado de Barkley. R. A. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2a. edition). Nueva York: Guilford Press.

Una entrevista conductual se utilizará como primer paso para determinar con precisión qué parecen esas conductas cuando ocurren, en cuáles situaciones se producen tales conductas (por ejemplo, mientras el padre está hablando por teléfono, en lugares públicos, a la hora de dormir), y en cuáles no ocurren (por ejemplo, mientras el niño juega solo con otros niños, a la hora de la comida).

Luego se busca información adicional relacionada con la secuencia de acontecimientos, incluyendo las conductas que los padres y el niño presentan durante el berrinche. Este tipo de entrevista centrada en la situación proporciona una imagen detallada acerca de cómo perciben los padres los antecedentes y las consecuencias que rodean las conductas anormales del niño.

En resumen, la entrevista conductual es el primer paso en la realización de una evaluación conductual exhaustiva de una conducta anormal y de las variables contextuales que pueden estar controlándola. Una entrevista conductual es más directa que las entrevistas clínicas no estructuradas y se concentra de manera explícita en la ocurrencia (o en la no ocurrencia) de conductas específicas. Es importante señalar que, a pesar del enfoque relativamente estrecho de la entrevista conductual, se sabe poco acerca de su confiabilidad y validez. De hecho, existe evidencia que indica que las entrevistas conductuales son confiables en forma moderada (Haynes y O'Brien, 2000; Nezu, Ronan, Meadows y McClure, 2000; F. E. Wilson y Evans, 1983). Por ello, aunque es claro que se necesita efectuar más investigaciones que ayuden a entender e incrementar la confiabilidad y validez de las entrevistas conductuales, es importante usar otros métodos de evaluación conductual para complementar la información obtenida mediante la entrevista conductual.

# OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

El método más importante de la evaluación conductual implica la observación directa de la conducta. La observación conductual permite al psicólogo documentar la frecuencia e intensidad de conductas específicas, así como de las variables contextuales que provocan y mantienen la conducta. Este énfasis dual de la conducta y el ambiente permite un examen de los antecedentes situacionales y de las consecuencias de la conducta anormal. Las conductas pueden observarse en el ambiente en el que ocurren de manera natural (por ejemplo, la casa, el trabajo, la escuela) o en situaciones simuladas (análogas) creadas en la oficina del psicólogo o en el laboratorio. Más aún, las conductas pueden ser observadas por calificadores entrenados o por personas que suelen estar presentes en el ambiente natural del cliente (por ejemplo, miembros de la familia, maestros, compañeros de trabajo, miembros del personal de enfermería, etc.).

Definición de la conducta Independientemente de dónde se observe la conducta y de quién la observe, es importante resaltar que las conductas objetivo deben ser seleccionadas y operacionalizadas con mucho cuidado. Al elegir las conductas por observar, debe hacerse el esfuerzo necesario para asegurarse de que los observadores no necesitarán formular inferencias sobre la conducta. Así, gritar, golpear, pegar y empujar pueden observarse y calificarse; sin embargo, es más difícil calificar el "enojo". De manera similar, es posible observar y calificar conductas como hablar fuera de turno, levantarse del asiento, moverse inquieto en la silla; en cambio, "el bajo control en poner atención" es un término demasiado abstracto y difícil de calificar. En general, es necesario definir la conducta y el contexto de tal manera que dos observadores que califiquen la misma conducta exhiban una elevada confiabilidad entre calificadores, demostrando, con ello, que la conducta ha sido definida operacionalmente de manera adecuada.

Al elegir y definir una conducta por observar, es útil estar al tanto de la exposición que presentó Lindsley (1968), hace más de 30 años, sobre la "prueba del hombre muerto". Lindsley señalaba la importancia de seleccionar una conducta activa como objetivo para el cambio. Como Lindsley decía: ¿Cuántos expertos, personas que nunca han tratado en realidad de cuantificar la conducta, se han sentado aquí y han visto desde las torres de la universidad los mares de organismos comportándose? Muchas de esas personas le aconsejarán que registre conducta que no es conducta, es decir, que no pasa la prueba del ciclo de movimiento. Le dirán que registre la fobia escolar. Bien, eso ni siquiera pasa la prueba del hombre muerto.

De modo que no trate de enseñar a un niño algo que el muerto hace mejor. ¿Qué queremos decir? Seamos muy específicos.

Una maestra decide registrar el número de minutos que se dedican al trabajo en aritmética. Ella va a contar qué tan a menudo gira el reloj mientras Billy está en una postura de estudiar aritmética [a esto se le llamará "posición de aritmética"]. ¿Podemos tener un cadáver en posición de aritmética? ¡Por supuesto! No sería muy agradable pero PODRÍAMOS hacerlo.

Ahora, si la maestra le paga a Billy por cada diez minutos que está en posición de aritmética, él puede no estar muerto, pero puede adoptar la posición de aritmética mientras imagina cómo destruirla. Usted ve, ella piensa que está enseñando aritmética. No lo está haciendo. Está enseñando a permanecer en posición de aritmética. Lo que Billy haga en la posición de aritmética depende de ÉL no de ELLA.

Tenemos a Sandra, de diez años, a quien le decimos:

"Sube a tu cuarto a estudiar por media hora antes de que salgas a jugar "¿ Pasa esto la prueba del hombre muerto? ¡No! pues subir las escaleras ella lo puede hacer, pero el hombre muerto no puede. Sin embargo "Siéntate en tu escritorio "es una acción que el muerto sí puede realizar, pues es posible colocarlo en un escritorio en posición de aritmética. Los maestros más experimentados saben cómo requerir un ciclo de movimiento. Dicen: "Sube y estudia hasta que resuelvas 22 sumas correctas. Cuando tengas 22 aciertos podrás salir a jugar." Y con entusiasmo, ningún niño imagina la destrucción del maestro tomando la posición de aritmética, todos suman dos más dos es cuatro y tres más tres es seis. Bajan y tienen dos errores, regresan y los corrigen y están libres para jugar.

Ésa es la diferencia. La prueba del hombre muerto descartará el registro de no conductas (Lindsley, 1968, pp. 6-7).

En resumen, es importante que la conducta seleccionada para observación sea una conducta activa en lugar de una pasiva.

## OBTENCIÓN DE LOS DATOS: ESTRATEGIAS

Una vez definidas las conductas por observar, el clínico debe decidir *cómo* se realizarán las observaciones. Es obvio que es imposible observar toda la conducta todo el tiempo en todas las situaciones. Debe aplicarse una estrategia que "minimice los costos y maximice la representatividad, sensibilidad y confiabilidad de los datos obtenidos mediante la observación conductual" (Hartmann, 1984, p. 114). Los analistas conductuales han elaborado una serie de sistemas diferentes con los cuales observan, codifican y registran las conductas objetivo. Dos de los sistemas más usados son el registro de intervalo y el registro de eventos.

En el registro de intervalo el clínico registra si la conducta objetivo ocurrió o no dentro de cada uno de una serie de intervalos específicos. Por ejemplo, un periodo de observación de 15 minutos puede dividirse en 60 intervalos de 15

segundos. Para cada intervalo el observador codifica si la conducta ocurrió o no. El registro de intervalo es el más apropiado cuando la conducta objetivo sucede con frecuencia moderada (por ejemplo, una vez o más por minuto) o cuando no hay momentos claros de inicio y terminación de la conducta. Por ejemplo, al codificar la interacción social de un niño, el observador puede registrar ante cada intervalo de 15 segundos si el niño estaba interactuando con otra persona.

En contraste con el registro de intervalo, en el cual las unidades de medición se basan en el tiempo, en el registro de eventos el observador registra cada ocurrencia discreta de una conducta objetivo durante el periodo de observación. Así, la ocurrencia de la conducta, más que el final de un intervalo, es la señal para que el observador registre. Como podría esperarse, el registro de eventos es más apropiado para conductas que tienen un principio y un final definidos, como golpear, decir malas palabras, hablar y fumar. Un clínico que investiga la hiperactividad de un niño puede, por ejemplo, usar el registro de eventos para registrar cada momento en el que el niño se levanta de su asiento durante el periodo de observación, por ejemplo, entre las 10:30 A.M. y las 11:30 A.M. Es importante reconocer que el registro de eventos no necesariamente proporciona información acerca del ambiente o acerca de las respuestas a la conducta, y por eso es difícil usarlo cuando se realiza un análisis funcional de la conducta.

### OBTENCIÓN DE LOS DATOS: LOCALIZACIONES

Una vez identificadas las conductas objetivo y que se han seleccionado los métodos de muestreo para el registro y recolección de datos, la siguiente decisión involucra al escenario en el cual se observará la conducta. Aquí hay dos grandes opciones: observar la conducta en un ambiente natural, u observación naturalista; u observar la conducta en un escenario más controlado, como una clínica o un laboratorio, conocido como observación análoga. Esos dos tipos de escenarios tienen diferentes ventajas y desventajas.

La observación naturalista, o en el ambiente del paciente *(en vivo)*, genera información con mayor validez ecológica porque refleja las condiciones en curso en las cuales ocurre realmente la conducta. Los escenarios naturalistas incluyen la escuela, el hogar y el trabajo, y son efectivos cuando las conductas por observar ocurren con una frecuencia relativamente alta. Por ejemplo, un psicólogo clínico puede observar a un niño aislado en el aspecto social en el patio de juegos; a un adulto con agorafobia (temor a los espacios abiertos) cuando deja su casa; o a una cliente con acrofobia (temor a las alturas) mientras sube por una escalera de incendios (véase figura 10.2).

Hay varias limitaciones en el uso de la observación naturalista. Por ejemplo, la presencia de un observador o de otros métodos de registro (por ejemplo, una grabadora de audio o video) puede afectar de manera inadvertida las conductas que están siendo observadas. Es decir, la gente puede reaccionar al proceso de ser observada alterando, con o sin intención, la frecuencia y magnitud de la conducta objetivo (Christensen y Hazzard, 1983). Pueden tomarse medidas para tratar de reducir la reactividad haciendo al observador

menos intrusivo, eliminando las señales que indican la recolección de datos y extendiendo el número y duración de las sesiones de recolección de datos y descartando los datos de las observaciones iniciales.

Las observaciones directas a menudo son muy costosas, porque los observadores o los dispositivos de medición deben colocarse fuera de la clínica o del laboratorio. Por último, el psicólogo carece del control directo de las contingencias en el ambiente natural, lo que dificulta la predicción de si la conducta se producirá durante una sesión de observación.

Debido a las dificultades y limitaciones de la observación naturalista, la mayor parte de las evaluaciones conductuales se realizan empleando alguna forma de observación análoga. Aunque es obvio que no son tan naturales como las evaluaciones en vivo, las observaciones análogas permiten a los clínicos controlar los factores contextuales y examinar en forma sistemática sus efectos sobre la conducta objetivo. Existen diferentes tipos de evaluación análoga, que van desde escenarios muy artificiales usados al conducir pruebas conductuales de evitación (véase el siguiente párrafo) hasta escenarios de investigación, como bares, casi naturalistas utilizados por Marlatt y Thomas y sus colegas para evaluar los factores situacionales que afectan el consumo de alcohol (por ejemplo, Nelson *et al.,* 1998; Nelson, McSpadden y Marlatt, 1986) y escenarios como la sala de una casa usada por Barkley para evaluar los efectos del Ritalin en las interacciones de niños hiperactivos y sus familias (por ejemplo, Barkley, 1998; Barkley, Fischer, Newby y Breen, 1988).

Todos los escenarios de observación análoga se estructuran para permitir una evaluación confiable de la conducta objetivo y una evaluación de los efectos de las variables controladoras sobre la conducta. Por ejemplo, una psicóloga clínica da instrucciones a una pareja que se queja de problemas entre ellos para que discuta una situación problemática frente a ella (o detrás de un espejo unilateral) de tal forma que pueda observar la secuencia de comentarios negativos y conductas en los dos cónyuges. La observación análoga se utiliza con frecuencia en la evaluación de conductas asociadas con la ansiedad. Por ejemplo, en una versión de la prueba de evitación conductual, se les suele pedir a clientes con fobias específicas que se aproximen al objeto temido (por ejemplo, una serpiente, un ratón, una araña) o que permanezcan en la misma habitación donde está el objeto temido mientras el evaluador mide qué tan cerca puede aproximarse el cliente al objeto o cuánto tiempo puede permanecer el cliente en la habitación. En una observación análoga con un cliente con un trastorno obsesivo-compulsivo que involucra un temor a la contaminación combinado con un lavado inmediato de las manos, el clínico acostumbra reunir en una habitación un conjunto de objetos que el cliente no querría tocar (por ejemplo, la perilla de una puerta, un pequeño montón de suciedad, un libro usado). Se pide al cliente que califique su incomodidad al intentar tocar cada objeto y el clínico puede medir qué tanto se acerca el cliente a cada objeto y cuánto puede contenerse de lavarse las manos después de tocar los objetos.

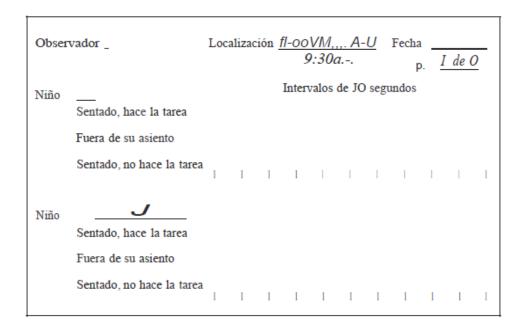


Figura 10.2
Observación naturalista de una forma de calificación de la conducta

Las observaciones análogas tienen una ventaja sobre las observaciones naturalistas en el hecho de que son relativamente efectivas en cuanto a costo. Los métodos análogos también son útiles para documentar la efectividad de las intervenciones, porque permiten al clínico cuantificar las conductas objetivo antes y después del tratamiento. Así, al tratar el conflicto marital, puede compararse el número de comentarios negativos u hostiles emitidos por los esposos en la sesión de observación análoga previa al tratamiento con la misma situación después del tratamiento. Sin embargo, es importante estar conscientes de que las evaluaciones análogas todavía están sujetas a los efectos reactivos de la observación. Además, es imposible representar con precisión en el consultorio o el laboratorio muchas de las situaciones importantes en las cuales ocurre la conducta objetivo. Por ejemplo, es difícil simular en el consultorio la desobediencia de un niño a la hora de dormir o de bañarse, lo mismo que la conducta de aislamiento de un adulto en una reunión

social. A pesar de esas preocupaciones, las observaciones directas siguen siendo la piedra angular de la evaluación conductual.

#### **AUTOMONITOREO**

En el auto-monitoreo se instruye a los clientes a que observen y registren su propia conducta tal como ocurre. Este acercamiento a la evaluación conductual difiere del uso de cuestionarios, los cuales suelen requerir que los individuos formulen calificaciones o juicios retrospectivos (por ejemplo, "¿ Qué tan a menudo se siente ansioso?" "¿Cuántos estresores experimentó el mes pasado?"). Debido a que el observador no puede seguir al sujeto todo el día, el auto-monitoreo es muy útil sobre todo para obtener información acerca de la tasa y magnitud de una conducta y las circunstancias que rodean su ocurrencia en los casos en que la conducta ocurre de manera, hasta cierto punto, infrecuente. Por ejemplo, el auto-monitoreo puede usarse con eficiencia cuando se evalúa la frecuencia con que se fuma, la tasa y cantidad del consumo de alcohol, el tiempo que se dedica a estudiar y conductas similares. En fechas recientes, el auto-monitoreo se ha extendido con el fin de incluir la observación y el registro que realiza el cliente de sus pensamientos negativos (por ejemplo, Hollon, Haman y Brown, en prensa), sobre todo en la evaluación conductual de la ansiedad y la depresión.

En los procedimientos de auto-monitoreo, como en otros métodos de evaluación conductual, las conductas objetivo y las variables situacionales deben definirse con claridad de manera que resulte sencillo para los clientes efectuar observaciones y registros exactos de su conducta. Sin embargo, incluso si las conductas objetivo se definen con claridad es importante que el terapeuta esté al tanto de los posibles intentos de los individuos por

distorsionar el registro de su conducta, buscando parecer mejor o peor de lo que en realidad es el caso. Por lo general, esta distorsión será evidente al observar las discrepancias entre el registro de auto-monitoreo y la situación del cliente (por ejemplo, registrar un bajo consumo de calorías mientras se sigue aumentando de peso). Como podría esperarse, el auto-monitoreo casi siempre se basa en el muestreo de los que son motivo de problema; es decir, el cliente registra la conducta (fumar, beber, comer, purgarse) cuando éste sucede, por ejemplo, cada hora. Como los clientes están registrando sus conductas, el auto-monitoreo tiende a incrementar su conciencia de los factores situacionales que pueden estar relacionados con su conducta y a facilitar el desarrollo sub-secuente de un programa efectivo de tratamiento (Haynes y O'Brien, 2000).

#### ESCALAS DE REGISTRO

Las observaciones directas de la conducta, sea que las realicen observadores externos o el cliente, representan una aproximación importante en la evaluación conductual. No obstante, debido a las limitaciones ya descritas en este capítulo, esos métodos pueden producir una muestra que no sea lo suficientemente amplia de las conductas del cliente. En parte para abordar esta limitación, los psicólogos clínicos han desarrollado una serie de escalas de registro y listas de verificación conductual. Esas mediciones intentan proporcionar información sobre una amplia gama de las conductas de un individuo en un periodo más prolongado de lo que es posible con la observación directa.

Las escalas de registro se han desarrollado con la intención de evaluar conductas anormales en niños, adolescentes y adultos. La importancia de evaluar la conducta de niños y adolescentes en sus ambientes naturales es

muy reconocida (por ejemplo, Franz y Gross, 1998; Silverman y Serafini, 1998). La conducta de los niños puede diferir de maneras importantes dependiendo de si están en la casa, en la escuela, solos o con compañeros, por lo que es importante obtener muestras o reportes de sus conductas en esos diferentes escenarios. También es importante obtener valoraciones de la conducta del niño de diferentes personas, o informantes, principalmente de padres, maestros y compañeros. De hecho, numerosos estudios han encontrado sólo niveles modestos de acuerdo entre diferentes informantes con respecto a los registros de la conducta de los niños (por ejemplo, McAuley, 2000; Mitsis, McKay, Schulz, Newcom y Halperin, 2000) y sólo un acuerdo modesto entre los informantes y los propios niños (por ejemplo, Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; DiBartolo, Albano, Barlow y Heimberg, 1998; véase Modestin y Puhan, 2000, para hallazgos similares con pacientes psiguiátricos adultos). Esos descubrimientos destacan importancia de los factores situacionales al calificar la conducta de los niños v ponen de relieve la necesidad de evaluar en diferentes contextos. Los hallazgos también indican que diferentes informantes pueden ofrecer perspectivas o juicios únicos respecto a la conducta de los niños.

Se han desarrollado diversas escalas de registro que evalúan conductas anormales en niños y adolescentes (por ejemplo, Revised Behavior Problem Checklist, lista de verificación revisada de conductas problema, Quay, 1983; la Revised Conners Parent Rating Scale, escala revisada de registro de los padres de Conners, Conners, Sitarenios, Parker y Epstein, 1998; Conners/Wells Adolescent Self Report of Symptoms, escala de auto descripción de síntomas del adolescente de Conners/Wells, Conners *et al.*, 1997; el inventario de conducta del estudiante de Sutter-Eyberg, Rayfield, Eyberg y Foote, 1998). Sin embargo, los sistemas de registro de mayor uso

para la psicopatología de niños y adolescentes son las listas de verificación desarrolladas por Achenbach y sus colegas (por ejemplo, Achenbach, 2000; Wadsworth, Hudziak, Heath y Achenbach, 2001). Este sistema integra de manera empírica los datos obtenidos de los padres (la Child Behavior Checklist, lista de verificación de la conducta del niño o CBCL), maestros (la TRE, Teacher Report Form, forma de reporte del maestro) y de los adolescentes. En realidad, Achenbach ha utilizado datos de esos tres grupos de informantes en la creación de una taxonomía empíricamente basada en la psicopatología de niños y adolescentes (por ejemplo, Achenbach, 1995).

También se han diseñado escalas de registro que evalúan las conductas anormales en los adultos. Por lo general, los registros en esas escalas se realizan con base en la información obtenida durante una entrevista con el cliente. Mientras que algunas escalas de registro se centran en un trastorno particular (por ejemplo, la Hamilton Rating Scale for Depression, escala de clasificación para la depresión de Hamilton, Hamilton, 1967; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, la escala obsesivo- compulsiva Yale-Brown, Goodman et al., 1989), otras escalas son más amplias (por ejemplo, Brief Psychiatric Rating Scale, la escala breve de calificación psiquiátrica, Overall y Gorham, 1962; la Global Assessment Scale, escala global de evaluación, Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen, 1976). Por ejemplo, se requiere que los entrevistadores que utilizan la escala obsesivo-compulsiva Yale-Brown (por ejemplo, Halmi et al., 2000) asignen una calificación de O a 4, que indican el nivel de malestar o daño alrededor de obsesiones y compulsiones. De manera similar, los entrevistadores que usan con sus clientes la escala de clasificación para la depresión de Hamilton califican varios síntomas depresivos, como insomnio, estado de ánimo deprimido y lentitud conductual en escalas de tres a cinco puntos. Como sucede con la mayoría de las escalas de registro, la puntuación total de todos los reactivos puede usarse como indicador de la gravedad del trastorno particular.

Debido en parte a que se centran tan explícitamente en las conductas, todas esas escalas de registro tienen propiedades psicométricas adecuadas. Tanto las mediciones infantiles como las de adultos tienen buena consistencia interna y confiabilidad test-retest. Como se señaló antes, no siempre existe acuerdo perfecto entre los informantes para las escalas de registro infantil.

En consecuencia, Achenbach y McConaughy (1997) formularon un árbol de decisión, o diagrama de flujo, para ser seguido por los evaluadores de acuerdo con las respuestas a la escala de registro de diferentes informantes (véase figura 10.4). En la actualidad, esas escalas de registro conductual se utilizan con más frecuencia en la investigación clínica que en la práctica clínica (Silverman y Serafini, 1998), pero esta situación podría cambiar en la medida en que se acumulen más datos que demuestren la utilidad de las escalas para la formulación de planes de tratamiento efectivos.